Nursing unity

LA PSYCHOLOGIE

Notions préliminaires de la psychologie

I. Définition :

« La psychologie est la matière qui essaie de dégager les lois qui régissent les processus et les contenus psychologiques après les avoir classer et ordonner »

Bergeret

➤Les Facteurs Influençant Les Processus Psychologiques :
Parmi les processus qui influencent ces processus, il y a :

- LES FACTEURS BIOLOGIQUES ex : - Schizoïde, Alcoolisme,
  - La maladie maniaco-dépressive.

Ces maladies sont déterminées par des facteurs héréditaires :

- LES FACTEURS SOCIOCULTURELS : ex : la pauvreté, l'ignorance, et certaines croyances mystiques.
- LES FACTEUS DE L'ENVIRONNEMENT.

II- Les processus psychologiques :

A- processus cognitifs :

Tout d'abord :

- La perception : c'est l'élément qui permet le contact avec le monde extérieur par les moyens du système nerveux cérébro-spinale, ex : la vision, le toucher, la sensation de la douleur.
- La mémoire : c'est la fa faculté de revivre et de connaître le passé.
- L'imagination : c'est la faculté de réfléchir et de raisonner. C'est l' un des moyens cognitifs.
- Le langage : Il constitue de signes de symboles, admis par un groupe.
- L'apprentissage : l'attitude générale à comprendre des situations très différentes et à résoudre les problèmes intellectuels abstraites ou concrets.

B- les processus affectifs :

- Les besoins :

Les besoins de l'organisme biologique (ex : le sommeil)
Les besoins psychologiques (comme l'amour, la sécurité).

- Les désirs ont une signification psychanalytique (les aspirations).
- Les sentiments peuvent être positifs ou négatifs (l'amour ou la haine).
- Les émotions se divisent en 2 parties :

1) les émotions durables (la tristesse, la colère, la dépression, l'euphorie, la gaîté, l'exaltation)

2) les émotions réfractaires ou passagères : Ce sont des émotions particulières à uns situation, ou à un événement quelconque (la femme qui a perdu son enfant dans un accident des voies publique)
Il y a des émotions qui sont paralysantes, ou au contraire, elles entraînent la fuite.
Les émotions peuvent aussi entraîner des mouvements agressifs.

C- facteurs environnementaux :

- Religion.
- Habitudes sociales et régionales.
- Liberté.
- Culture et niveau d'instruction.
- Education.
- Hérédité.

D- facteurs inconscients :

La psychanalyse est une école de psychologie et de psychopathologie.

FREUD SIGMOND : Médecin neurologique juif(1870-1936), influencé par le stage effectué chez CHARCOT,neurologique spécialiste dans le domaine de LA PERTE DE CONNAISSANCE (l'hystérie), pratiquant l'hypnose.

Parmi les moyens de découverte, il y a le rêve, le lapsus, et les actes manqués. À partir de ce temps la, les recherches sont développées avec des chercheurs qui accompagnent FREUD sur l'hystérie et l'ensemble des maladies mentales.
FREUD appelle ces processus inconscients : LA PSYCHOLOGIE DES PROFONDEURS. Il a souligné que les facteurs inconscients occupent la plus grande partie de notre vie (L'ICEBERG)

III- Les branches de la psychologie :

La psychologie se divise en plusieurs branches, selon le champ d'action et les domaines de Recherche, Les principaux secteurs de recherche en psychologie sont :

A- la psychologie générale : Elle étudie les comportements et les activités psychiques communs à tous les individus.

B- la psychologie différentielle : Elle étudie les différences entre les individus selon des critères : L'âge, le sexe, l'ethnie.

C-la psychologie des profondeurs :

La psychanalyse.

D- la psychologie sociale : C'est l'étude de l'interaction entre la personne et la société : le milieu tout ce qui règne dans la société, (ex : les habitudes sociales, les croyances religieuses, les libertés).

E- la psychologie clinique : C'est l'étude des anomalies, des mécanismes et des lois psychiques ; qui sont à l' des origine des maladies mentales. Cette branche est la plus proche de la psychiatrie.

F- la psycho – pédagogie : C'est la discipline charnière entre la psychologie et la pédagogie. Elle vise à améliorer l'acte pédagogique à travers la psychologie.

G- la psychologie du travail.

H- la psychologie du sport.

IV- Les méthodes en psychologie :

A- l'observation systématique : Quand on note l'évaluation des activités psychiques (Les pensées, l'intelligence, l'humeur, le contact, les mimiques, l'attitude, la forme).

B- l'observation non systématique : Elle est générale.

C- l'introspection : Elle relève du domaine de la psychanalyse.

D- l'entretien : C'est l'instrument principal des cliniciens psychiatrique et psychologues. Il vise à manifester l'empathie, une relation médecin malade avec affectivité. Il vise aussi à manifester la manière d'être.

E- les tests psychométriques :

- Tests : D'efficience mentale (QI : Quotient Intellectuelle).
- Tests : De la personnalité.
- Tests Projectifs : on donne au malade des dessins d'objets pour savoir quelle est sa personnalité, (ex : 2 personnes liées par la face).

LE DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF

I- Définition :

Le développement psychologique de l'être humain se fait en parallèle avec le développement physique.
Le développement physique est tout a fait différent du développement psychologique.
Le mot développement veut dire un série de transformations progressives et programmées de l'être humain.

II- Les différentes phases du développement :

A- la période prénatal : elle se situe entre la conception et l'accouchement, elle est très sensible a plusieurs facteurs. En effet l'embryon ou le fœtus est exposé a plusieurs agressions, parmi lesquelles on cite en premier lieu les toxiques, les médicaments l'alcool, le tabac, la drogue il y a autres facteurs qui interviennent ; a savoir le stress maternelle, se transmet de la mère au fœtus .en cas de survenu de maladies chez la mère, il y a automatiquement agression du développement embryonnaire ou fœtal, exp : syphilis maternelle, le sida, les lésions (organes à croissance rapide).

B- la période néonatale : elle est définit par l'intervalle de vie entre la naissance et le 15eme jour de vie .cette période est difficile par l'existence de fragilité immunologique de l'enfant. C'est une phase aussi de l'adaptation à la vie extra-utérine.

Il y a grand risque de mortalité infantile, parmi les causes : le déficit immunologique, la sensibilité des enfants aux attitudes des parents, surtout la mère.

C- la période postnatale ou la première enfance : du 15eme jour a 3 ans.

1- la 1ere année de vie de l'enfant : il y a un caractéristique principal, c'est le besoin vital de la mère : l'allaitement ou la nourriture, les soins, la tendresse, etc. …

- le 1er sourire entre 6 et 8 mois, c'est un moyen d'affection entre la mère et l'enfant .vers le 8 mois l'enfant commence à différencier les visages.

Spitz a définit un critère important dans le développement psychologiquement. Il l'a situé dans le 8eme mois, c'est l'angoisse du 8 mois (de l'étranger). Entre 8 et 12 mois l'enfant se déplace et explore l'entourage.

2- la 2eme année : Le sevrage est l'élément le plus important. Il doit être fait entre 6 mois et 2 ans, et cela dépend de la facilité de sevrage.

La propreté est élément très essentiel :

- l'énurésie est définit par la persistance des mictions involontaires après le passage du moment de la propreté.
- L'encoprésie, c'est l'émission des selles de façon involontaire après le passage de la propreté.

3- la 3eme année : l'enfant commence à parler (des mots faciles), à enrichir son vocabulaire (en plus de l'articulation), à acquérir l'autonomie à table, la négativisme, l'imitation.

D- la 2eme enfance (3 à 6 ans) :

- entre 3 et 4 ans, il y a continuation du développement psychomoteur. Les parents sont les premiers sujets à être en contact avec l'enfant.
- la socialisation et la motricité, une curiosité concernant les objets qu'il regarde.
- le syncrétisme : c'est la vision des choses de façon globale, sans voir les détails, c'est une pensée subjective.
- la pensée animiste (objets pourvus de vie et de sentiments).
- entre 4 et 5 ans, c'est le début de sentiment d'insécurité, des sentiments affectifs (la peur, la joie, l'insécurité).
- la communication progresse en parallèle et la curiosité aussi. L'enfant se pose beaucoup de questions, et commencent à savoir des concepts (la vitesse, le temps, l'espace, la droite et la gauche).

E- 3eme enfance (6 à 12 ans) :

C'est l'âge de socialisation de préférence, de la séparation de la mère, Freud a décrit l'angoisse de séparation. L'adaptation en milieu scolaire dépend du degré de socialisation qu'il a atteint au cours de son enfance. Sa pensée devient plus objective, plus logique, il commence à raisonner.

F- la puberté :

C'est l'élément charnière entre l'enfance et l'âge adulte, elle est plus précoce chez la fille que le garçon. On distingue 3 stades :

1- Stade pré pubère : Il y a le début d'apparition des caractères sexuels secondaires (CSS) qui se traduit par la maturation sexuelle, par l'apparition de la pilosité chez le garçon, et le développement des seins chez la fille.

2- Stade puberté : c'est l'étape de la différenciation de la cellule sexuelle (les testicules pour l'homme, les ovocytes pour la femme).

3- Stade post pubère : il est caractérisé par l'existence des organes fonctionnels, avec des cellules sexuelles fécondantes.

Chez la femme, il aura des cycles ovulatoires .Chez l'homme, la spermatogenèse. Cela sous l'effet de l'hypothalamus, l'hypophyse, et des gonades ; par l'intermédiaire des hormones sexuelles : Testostérone, œstrogène, FSH, LH, LRH.

Parmi les anomalies : la puberté précoce, la puberté tardive ; et parfois une association morbide des caractères sexuels masculins et féminins. Il y a aussi les risques psychologiques : les délinquance, les déviation sexuelles.

L'ADOLESCENCE

I- Définition :

C'est la période de vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (12-20 ans). On spécifier 3 sous période :

- Le début de l'adolescente, entre 11 et 14 ans.
- Le milieu de l'adolescence entre 14 et 17 ans.
- La fin de l'adolescent entre 17 et 20 ans.

II- Les caractéristiques :

A- L'étape biologique :

Au cours de l'adolescence, il y un développement important des caractères sexuels secondaires, une croissance staturo-pondérale rapide.
L'adolescent ressent ces phénomènes comme étranges, et suscitent des questions sur son identité sexuelle.

B- L'étape affective :

Elle est secondaire aux facteurs biologiques. Le développement affectif est caractérise par des pulsions nouvelles, qui sont étroitement liées aux transformations corporelles, et à la sécrétion des hormones sexuelles ; d'où la naissance des désirs, du besoin affectif, et des pulsions sexuelles. C'est la période de narcissisme, c'est une période obligatoire au développement affectif. L'adolescent a le sentiment de son existence. La vie émotive devient, alors, importante.

C- L'étape intellectuelle :

L'adolescent acquis un nouveau mode de vie. Il devient critique par rapport à tout ce qui l'entoure (la famille, la société, l'école), c'est le chemin même vers la maturité intellectuelle.
Il acquis le sens de la responsabilité. Il construit son propre code moral à partir des concepts qu'il a reçu de l'entourage.

III- Les risques :

- La perte du sens de responsabilité, témoignée par la négligence des études, par la désobéissance aux parents.
- La régression à des modes antérieures.
- Les attitudes agressives.
- La naissance des sentiments d'insécurité, l'adolescent devient esclave des normes du groupe.
- La déviation sociale. À savoir, l'usage des drogues, la prostitution, et les affections sexuellement transmissibles.
- L'apparition du négativisme (Il dit : non, je peux le faire moi-même .Ne me dit pas quel type d'habits je doit porter !), qui devient un moyen actif d'exprimer sa colère. Il existe d'autres formes de négativismes : le choix des amis, le choix des idées philosophiques, etc. …

- La réapparition de la question d'identité (Qui suis-je ?).
- La réapparition de la question de l'estime de soi.
- L'acquisition et l'accomplissement des tâches.

IV- Le développement moral (selon Piaget) :

Piaget a classé le développement moral en 3 niveaux :

1- La moralité pré conventionnelle : l'adolescent obéit par peur de la punition.

2- La moralité par conformité conventionnelle : l'adolescent se moralise pour conserver des bonnes relations avec la société, et être bien vu par l'entourage.

3- La moralité par conviction des principes moraux.

L'ADULTE

I- Définition :

C'est la période la plus grande de la vie. Elle se situe entre 20 et 90 ans. Un adulte est un individu, qui a complété sa croissance, et qui est prêt pour assumer son rôle dans la société.

II- Les caractéristiques :

- **l'intégration sociale** : Le jeune adulte acquit une certaine indépendance vis-à-vis de sa famille. Il prend une certaine place dans l'organisation. La maternité et la paternité représentent les rôles les plus importants, que doivent assumer les jeunes, Elle traduit l'adaptation sociale dans cette période distinctive de la vie.
- **L'intégration professionnelle** : Le choix de la profession est souvent guidé par l'orientation des études (qui peuvent prendre la moitie de l'âge adulte).Dans d'autres cas c'est le milieu social, et les circonstances, qui déterminent le choix. L'exercice de la profession afferme et valorise l'individu.
- **La vie familiale** : La jeunesse est généralement la période du mariage. Le couple peut rencontrer certaines difficultés. Cela impose des responsabilités nouvelles,l'équilibre du couple dépend de la reconnaissance de l'un par l'autre de l'acceptation de soi et de l'autre dans sa différence.

III- Les responsabilités de l'âge adulte et les rôles :

Il doit s'adapter :
- Au conjoint.
- Aux membres de la famille.
- Au lieu de travail.
- Aux amis.
- Au rôle de la paternité et de la maternité.
- Aux exigences morales.
- Aux exigences matériels.
- Aux exigences de la vie privée et des loisirs.

LA VIEILLESSE

I- Définition :

C'est un stade qui succède à l'âge adulte, et qui obéit à des lois propres. Il faut situer ce stade dans l'évolution de la personnalité de l'adulte.
Ce stade nécessite une adaptation supplémentaire à celle des périodes qui l'ont précédé. En effet l'enfant n'a pas à s'adapter à son enfance, ni l'adulte à sa maturation. Par contre la personne âgée doit s'adapter, non seulement au milieu, mais à son état, et à propre vieillesse, surtout avec des moyens diminués : C'est bien là, **LE DRAME** et **LA CRISE EXISTENTIELLE.**

II- Les contraintes :

Le vieillissement biologique peut se définir comme l'action du temps sur la personnalité et la vie active. Il agit sur :

- Le Santé : Incapacité totale ou partielle.
- La dépendance.
- Les problèmes psychiques (Démence).
- La perte de mémoire, de salaire (travail).

Les contraintes au niveau des capacités motrices du vieillard sont dues aux :

1- les facteurs physiques :

A) Au niveau de l'appareil cardio-vasculaire :

- l'athérosclérose.
- l'hypertension artérielle.

B) Au niveau de l'appareil respiratoire :

- les bronchites chroniques.
- les insuffisantes respiratoires chroniques.

C) Au niveau de l'appareil cutanéo-muqueux :

- Les rides.

D) Au niveau de l'appareil articulaire :

- L'arthrose.
- Les fractures du col du fémur.

E) Au niveau de l'appareil urogénital :

- La prostate : (ADENOME et / ou CANCER DE LA PROSTATE).

L'examen systématique de la prostate est indiqué pour toute personne au-delà de 65 ans

- L'impuissance sexuelle.

F) Au niveau de l'appareil sensoriel :

- La cataracte (opacification du cristallin).
- presbytie (Ne pouvant voir ce qui proche de lui).
- La diminution de l'audition.

G) les cancers :

* CHEZ L'HOMME :

- Les bronchites.

- Le cancer de la prostate.
- Le cancer du larynx.

* CHEZ LA FEMME :

- Le cancer de l'endomètre.
- Le cancer du sein (25 ans).

*LES CANCERS COMMUNS ENTRE LES 2 SEXES :

- Du colon.
- De l'estomac.

2- Les facteurs psychiques :

La notion de LA PERTE est primordiale .Elle caractérise la perturbation psychologique GERIATRIQUE : du pouvoir, de l'autorité du salaire, de l'estime de SOI, des conjoints, des parents.

- La perte des amis a un sens très large, et elle correspond à un tableau noir.
- La perte du savoir–faire.
- La perte des capacités physiques.
- La perte de la mémoire (le facteur éducationnel).
- La perte de la santé physique (voire les causes physiques).

3- Les facteurs du bon pronostique :

- Un attitude favorable à l'égard de la vieillisse.
- Le vécu résultant des rapports passés avec des personnes âgées.
- Les souvenirs heureux de l'enfance et de l'âge adulte.
- Une activité intellectuelle continue.
- Le loisir de vivre comme il entend, sans interférence.
- Une attitude réaliste à l'égard des changements physiques.
- L'acceptation de ces changements.
- L`occasion de se créer un mode satisfaisant et socialement acceptable
- Le respect de la part du groupe social.

LA THANATOLOGIE

I- Définition :

C'est l'étude des réactions devant (ou face à la mort.
Une PSYCHOLOGIE de la MORT a vu le jour, ainsi que des traitements, pour ceux qui vont mourir, et pour ceux qui vont porter le deuil.
De nombreux médecins, infirmiers et aides soignants sont régulièrement confrontés à la mort, aux mourants, et au chagrin de l'entourage.
Cette réalité est insuffisamment abordée par le personnel médical. La capacité du médecin, de l'infirmier, à soigner un mourant dépend, en grande partie, de la prise de conscience de leurs attitudes à l'égard de LA MORT.
Certains médecins et les infirmiers (continuent à se croire inconsciemment puissants et efficaces) considèrent la mort comme un échec thérapeutique. D'autres éprouvent une anxiété excessive, ou ils ont recours à l'intellectualisme de la mort, comme système de défense devant la mort.

L'attitude principale des médecins et infirmiers s'occupant d'un patient mourant est le soutient continu du malade, qui se traduit par des visites régulières, par le contacts visuels, par le contact physique.

Il faut prendre le temps suffisant pour écouter ce que le patient à dire, pour répondre à ses questions aussi respectueusement que possible.

Le médecin et infirmier sont appeler à respecter les souhaits des ses patients mourants.

LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES
DEVANT UNE MALADIE GRAVE

Il existe plusieurs stades de réactions devant une maladie grave. C'est stades sont chronologiques ; mais, il est rare que les réactions suivent chronologiquement ces stade, qu'on va découvrir.

Il s'agit de 6 stades :

1- Le choc et le refus :

Lorsque le patient apprend que sa maladie est grave ; il a tout d'abord un état de choc. Il parait hébété. Il refuse de croire le diagnostic. Il répète qu'il s'agit d'une erreur.

Sa réaction immédiate est de changer de médecin. Mais il ne se contente pas d'un seul avis. Il cherche un 3éme avis. Il va de médecin à l'autre.

Dans de tel cas le médecin et l'infirmier doivent communiquer le diagnostic au patient, et à sa famille, de façon respectueuse, et directe. Ils doivent aussi donner les informations nécessaires concernant les symptômes de la maladie, son traitement, et son pronostic. Ils doivent laisser le malade après le choc de s'exprimer, tout en l'assurant qu'il ne sera pas abandonné.

2- La colère et l'agressivité :

Le patient devient frustré, irritable. Il se demande : pourquoi moi ? Il peut se mettre en colère contre Dieu, conte le destin, contre un ami, ou un membre de la famille. Il PEUT SE BLAMER LUI-MEME, ou même se culpabiliser.

Sa colère peut toucher le membre de personnel de l'hôpital, auquel il reproche la maladie.

Le patient est difficile à soigner, à ce stade. Le médecin, qui n'aperçoit pas que cette colère est une réaction prévisible, peut l'adresser à un autre confrère.

L'attitude favorable est une réponse empathique non défensive.

Notre attitude est d'amorcer la colère. Le médecin doit également comprendre que la colère peut représenter une tentative de maîtrise d'une situation qui ne peut être maîtrisée.

3- Le marchandage :

Le patient peut essayer de négocier avec les médecins, les amis, et même avec Dieu, en échange d'une guérison (Je tiens un ou plusieurs promesses. Je vais pratiquer la charité. Je vais pratiquer la prière 5 fois par jour.

Les autres aspects de marchandage consistent à penser que s'il se conduit bien (Etre docile, agréable, ne posant pas de questions, le médecin va améliorer sa santé.

A ce stade le malade doit être encouragé à participer aux soins, à comprendre qu'être un bon patient, veut dire : Etre honnête, loyal.

4- L'anxiété :

C'est le sentiment d'inquiétude éprouvé en présence d'un danger réel Un sentiment de malaise intérieure d'insécurité, de menace.

L'intensité de l'anxiété dépend de la personnalité du malade de son âge, de son milieu, et de ses Croyances.

5- La dépression :

C'est une façon d'exprimer l'échec des stratégies précédentes.

Le problème majeur est de différencier les symptômes de la dépression de symptômes des maladies graves (ex : L'asthénie, la perte de l'appétit).

Donc, il y a installation d'une perte d'espoir, de pessimiste, et parfois un désir de mort

6- L'acceptation :

A ce stade, le patient réalise que la maladie est bien réelle. Il accepte la conception de l'universalité de l'épreuve.

Les sentiments peuvent osciller entre une humeur neutre, et une humeur euphorique. Les patient qui ont des croyances religieuses fortes, et qui sont convaincus qu'il existe une vie après la mort, peuvent trouver consolation : « ne craignez pas la mort, souvenez vous de ceux qui sont partis, et de ceux qui viendront après vous »Sadok et Kaplin. Il pense qu'il ne faut pas craindre la mort, et que d'autres sont décédés avant lui.

A côté de ses réactions chronologiques, il essaie d'autres réactions secondaires :

* LA REGRESSION :

Le patient revient, en arrière par rapport à son âge psychologique, à un stade enfant il. Il devient ennuyeux. Ses demandes sont excessifs, et sont difficiles à satisfaire. Son comportement ressemble à celui d'un enfant.

* LA DEPENDENCE :

Le patient a toujours besoin des autres, soit par manque de maturité affective ou sociale.

En face de ces 2 réactions, l'équipe soignant doit comprendre le sens de ses comportements, le préparer progressivement à un retour à une vie active et l'intégrer dans les soins.

* L' EGOCENTRISME :

C'est trait de personnalité hystérique, un attitude de celui qui rapporte tout à lui.

Cette réaction se voit souvent chez le malade anxieux ; qui est intéressé par tout ce qui se dit, tout ce que se fait autour de lui. Il est impossible pour ce type du patient de se mettre à la place des autres.

Le soignant doit être attentif à l'égard de ce type du patient. Il est appelé à satisfaire sa curiosité, et l'assurer.

*LA PASSIVITE :

Ce type du patient, qui est souvent démissionnaire de sa maladie (il ne s'intéresse guerre à elle) préfère ne pas réagir, ni se révolter contre l'équipe soignante. Dans ce cas l'infirmier doit l'inciter à comprendre sa maladie, à l'accepter, et s'intégrer dans les soins, à entretenir une relation de confiance mutuelle.

LES DIFFERENTES ETAPES DE L' EVOLUTION PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT EN PHASE TERMINALE.

La connaissance de la psychologie de ces patients se heurte à une grande difficulté. Les expériences sont quasiment intransmissibles. De plus, les soignants, la famille, et l'entourage ont tendance à fuir cette situation, ou à projeter leur peur, ou leurs idées. L'attention, l'observation, la disponibilité à l'égard de ces patients, sont souvent les qualités requises, plus encore qu'en d'autres circonstances.

En fait, chacun à son propre cheminement vers la mort. Ses propres réactions, en partie, sont déterminées par sa personnalité, et par le niveau de sa souffrance au cours de la vie.

Il est, donc, important que le soignant soit attentif aux signaux de chaque malade, sachant qu'il est condamné. Qu'il l'écoute, et qu'il l'observe, afin de savoir à quelle étape il se trouve.

1- LA 1iere ETAPE :

*- LE CHOC :

C'est la prise de conscience par le patient de l'irréversibilité de la situation, et de la proximité de la mort.

Tant que le malade est sous le choc, il ne peut rien écouter. Le soignant doit le respecter, le traiter avec beaucoup de présence, d'attention, et de la bienveillance, en se rappelant que toute parole risque d'aggraver sa souffrance morale.

2- LA 2éme ETAPE :

*- LE DENI :

C'est un mécanisme du refus de la situation. Le comportement du patient, qui nie, est souvent culpabilisant. Pour le soignant, qui doit savoir, que le refus pour le patient est la condition de survie.

3- Le 3éme ETAPE

*- LA COLERE :

Quand la personne malade prend conscience que la situation est irrémédiable, il se reproduire un mouvement de refus. Pour les moins violents...une véritable bataille. Le patient devient agressif… Il veut montrer à son entourage qu'il est encore vivant. C'est la seule puissance qui lui reste. C'est aussi la manifestation d'un détresse, un appel au secours, qui s'exprime par l'agressivité vis-à-vis de l'entourage.

Le soignant ne doit prendre pour insulte personnelle les remarques de ces patients. Il doit, plutôt les soulager.

LE DEVELOPPEMENT PSYCHO SEXUEL

FREUD divise le développement humain en plusieurs stades Il nomme sa théorie : LE DEVELOPPEMENT PSYCHO SEXUEL, quoi qu'il rattache sa théorie, en grande partie, à la sexualité. Il ne s'agit pas d'une sexualité sous sa forme habituelle, mais ; d'une sexualité LIBIDINALE.

FREUD reconnaît à chaque personne des pulsions pouvant être :

- des pulsions sexuelles instinctives.
- des pulsions agressives.
- des pulsions de MORT

Pour FREUD, le développement normal est de traverser avec succès ces stades, sans fixation dans un stade précis sans régression.

1- LE STADE ORALE (0 à 18 mois) :

C'est le stade le plus précoce du développement, dans le quel les besoins, les perception, et le mode d'expression sont essentiellement centrés sur la bouche, les lèvres, la langue, et les autres organes reliés à la zone orale.

Cette zone maintient un rôle dominant dans l'organisation du psychisme (l'inconscience, la pré conscience et la conscience) les sensations orales inclues : le soif, la faim, les simulations tactiles du plaisir évoquées par le sein.

La triade orale : le désir de manger, le désir de dormir et le désir d'atteindre la relaxation, qui survient à la fin de la succion.

A ce stade, Il existe aussi un autre composant, c'est l'agressivité orale qui s'exprime dans la morsure du mamelon, les cris, les pleurs, le mâchonnement du sein, le refus de dormir.

Tout est relié au désir primitif et au désir de destruction.

Si ce stade est réussi l'enfant va avoir une capacité de donner et de recevoir de l'autre, de nouer une relation avec les autres.

En cas d'échec, l'enfant va avoir une fixation orale, qui va s'exprimer à l'age adulte par le pessimisme, la jalousie et le narcissisme.

2- LE STADE ANAL :

Ce stade est du à la maturation neuromusculaire, en particulier le sphincter anal. Donc, c'est un glissement vers l'activité. Le bébé commence à se contrôler sur le plan sphincter.

Les conflits liés au contrôle anal avec les parents sur le fait de retenir ou d'expulser les excréments durant l'apprentissage de la propreté est la question principale. Il y a un conflit, c'est la séparation et l'indépendance.

Par érotisme anal ; on désigne le plaisir sexuel de l'enfant, par son fonctionnement anal. le fait que l'enfant retient ses précieux excréments, ou qu'il les offre à sa maman comme un cadeau dépend sa réussite ou son échec.

Le sadisme anal, désigne un désir agressif en rapport avec la libération des excréments.

Si le stade est réussi, l'enfant va développer une autonomie personnelle, une indépendance, un sens d'initiative sans se culpabiliser, un comportement d'autodétermination sans doute du soi (confiance).

Il va avoir aussi le sens d'ambivalence, une capacité de coopérer avec une équipe, donner et recevoir, sans dominer le groupe, et sans se sentir affaibli devant le groupe.

L'échec provient essentiellement de l'érotisme anal. L'enfant va avoir des traits pathologiques exagérés : l'entêtement, l'ordre, la propreté, la parcimonie, l'économie. Lorsque les défenses contre les pulsions anales sont moins efficaces, cela se traduit par une ambivalence, un manque de goût, de l'ordre et par la saleté et l'agressivité physique.

3 Le stade phallique (3 à 5 ans) :

Pour FREUD : l'intérêt de ce stade, c'est de centrer l'intérêt érotique, ou sexuel sur l'aire génitale ; afin de poser la fondation de l'identité sexuelle.

C'est le stade des conflits Oedipien par excellence. La zone génitale devient le centre de l'intérêt pour les enfantes 2 sexes. La différence morphologique et anatomique génitale chez la fille est considéré comme la preuve de castration.
Ce stade est aussi caractérisé par le conflit avec le parent du sexe opposé ; par l'existence, chez le garçon, d'un angoisse : L'ANGOISSE DE CASTRATION, surtout à la vue des organes génital chez sa sœur si differents des siens
La structuration de sa personnalité est, surtout basé par l'identification au parent de sexe
Opposé.

Si ce stade est réussi, l'enfant va acquérir son identification sexuelle, et avoir une curiosité sans entrave, une initiative sans culpabilité ; avec un sens de maîtrise , du choix, des personnes
Et des pulsions internes.

S'il y a échec, c'est LE COMPORTEMENE NEVROTIQUE avec une tendance à la séduction, à l'égocentrisme, à l'angoisse.

4-LA PERIODE LATENTE :

C'est un stade d'une quiescence relative avec une activité de la pulsion sexuelle. Cette période va, de la résolution du complexe d'Oedipe, jusqu' à la puberté (6 à 13 ans).
Il y a installation du SUR MOI, vers la fin de cette période (les lois sociale et religieux), et maturation du MOI, qui permet le contrôle des pulsions instinctuelle.
FREUD pense qu'au cours de cette période l'intérêt sexuel et en repos. Cependant, il y a une affiliation (tendance) vers l'homosexualité, une sublimation libidinale et agressive, un développement de l'apprentissage et de jeux, une exploration de l'environnement, ainsi qu'une
Acquisition de compétence

DONC :

- ☺ -la réussite du passage de ce stade aboutit aux caractéristiques suivantes :
- ☺ -L'assiduité dans le travail
- ☺ -L'absence de l'angoisse des sentiments d'infériorité.

L'échec à ce stade a pour conséquence :

- ☹ -La perte de sublimation (un mécanisme de défense essentiel dans la vie).
- ☹ -L'arrêt prématuré du développement de la personnalité.
- ☹ -Les sentiments d'angoisse et d'infériorité.

5- LE STADE GENITAL :

FREUD l'appelle aussi le stade adolescent du développement psychomoteur. Il s'est tend
jusqu' à l âge la puberté.Il est marqué par la maturation physiologique du fonctionnement génital, et du système hormonal

FREUD divise ce stade en :

- ☺ - Période préadolescent.
- ☹ - Début de l'adolescence.
- ☹ - Milieux de l'adolescent.
- ☺ - Fin d'adolescent.

LES OBJECTIFS DE CE STADE SONT :

- ☺ -La séparation des parents.
- ☺ -L'excès à l'indépendance

☺ -L'établissement de relation d'objet nature non incestueuse.   .
☹ -L'acquisition d'une identité personnelle.
☺ -L'intégration d'un ensemble de rôles et de fonctions adultes.

Donc, Si l'enfant réussit le passage de ce stade, il aura :

☺ -L' acquisition d'une identité personnelle.
☺ -Le sentiment d'avoir sa propre personnalité.
☺ -La capacité d'avoir une activité génitale complète.
☹ -La capacité de créer et de produire.
☹ -l'intensification des pulsions, surtout libidinales.

En cas d'échec, les conséquences seront complexes.Il aura fixation à un stade antérieure,
C-a-d : une régression à un stade antérieure.

Bibliographie :

Mohammed Rammouz : Dr en psychiatrie, et professeur dans la faculté de médecine à Fès.